



HAL
open science

Le deuil périnatal : un deuil “ infaisable ” ?

Nathalie Huche Texier-Lory, Sylvie Bourdet-Loubère

► **To cite this version:**

Nathalie Huche Texier-Lory, Sylvie Bourdet-Loubère. Le deuil périnatal : un deuil “ infaisable ” ?. Etudes sur la mort. Revue de la Société de thanatologie, 2019, 151, pp.67 à 83. <10.3917/eslm.151.0067>. <hal-04908755>

HAL Id: hal-04908755

<https://hal.science/hal-04908755v1>

Submitted on 23 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

LE DEUIL PÉRINATAL : UN DEUIL « INFAISABLE » ?

*Étude des remaniements psychiques
dans le contexte d'une MFIU en fin de grossesse*

Nathalie HUCHE
Sylvie BOURDET-LOUBÈRE

« Était-ce terrible ? Je le crois. Précisément, ça : cette coïncidence entre sa venue au monde et sa mort. Rien, il ne me restait rien. Ce vide était terrible. Je n'avais pas eu d'enfant même pendant une heure. Obligée de tout imaginer (...) »

Marguerite Duras, *L'horreur d'un pareil amour*, 1976.

INTRODUCTION

Dans le contexte de vulnérabilité accrue de la femme enceinte, entre « transparence psychique » (Bydlowski) et « angoisses primitives » (Winnicott), dans le monde de la maternité où tout devait être joyeux, tout s'arrête d'un coup.

L'annonce de la mort fœtale in utero vient résonner comme un « coup de tonnerre dans un ciel serein », véritable traumatisme psychique pour les parents en devenir. L'impensable, l'indicible, qui fait irruption à la place du bonheur de la naissance, vient faire effraction. Naissance et mort, joie et douleur se confrontent. Les parents sont hébétés ; tout s'arrête, tout bascule en une fraction de seconde.

Cet événement violent qui, prenant valeur de traumatisme, déborde l'appareil psychique, va demander un travail particulier : le deuil périnatal. L'élaboration de cette perte sera d'autant plus difficile qu'elle intervient dans le contexte des remaniements identitaires propres à la grossesse.

Traumatique, la perte périnatale surgit au carrefour de l'être et de l'avoir, relevant de la problématique narcissique, et énonçant le désir œdipien.

Les parents vivent une détresse insurmontable, un désarroi total. Ils semblent buter sur l'impossibilité de dépasser l'immédiateté du deuil. Faire le deuil de celui qui vient de naître ou qui n'est jamais né semble être une tâche impossible.

D'ailleurs, qu'ont-ils perdu ? Peut-on exprimer cette forme de deuil en termes de perte d'objet ? La métapsychologie freudienne définit le deuil comme l'élaboration psychique d'une perte d'objet externe. Elle s'opère à partir des traces qu'a laissées le disparu. En l'absence de traces, de souvenirs, ce deuil peut devenir « infaisable », terme que Freud a employé après la mort de sa fille. Qu'en est-il alors pour des parents pas encore parents perdant un enfant pas encore né ? Quelle est la relation qui unit un fœtus à ses parents ? Ce n'est pas une relation d'objet comme peut la définir la psychanalyse et pourtant, une relation fantasmatique intense est engagée, Missonnier la nommant « relation d'objet virtuelle. »

Ainsi, comment s'élabore le travail de deuil d'une femme « devenant mère » dont le bébé décède en fin de grossesse ?

Quelle issue pour ce deuil si particulier ?

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Jusqu'à assez récemment, les deuils périnataux n'étaient pas pris en considération, ni par la société, ni par les spécialistes qui ne voyaient pas l'intérêt de les singulariser. L'issue d'un deuil périnatal en fin de grossesse est encore souvent reléguée à un simple fait dans l'anamnèse d'une patiente. Pourtant, en 2016, en France, la perte d'un enfant en fin de grossesse concernait 9 naissances sur 1000. Ce chiffre nous place en plus mauvaise place au rang européen et, même s'il ne fait pas la différence entre les IMG, et la mortinatalité, il prouve l'importance d'en étudier les conséquences à court, moyen et long terme.

Peu d'études spécifiques ont été réalisées sur le travail de deuil dans le cadre d'un décès périnatal qui est souvent décrit comme une simple variante du deuil traditionnel. Les premières études sur le retentissement de la perte d'un enfant ont porté sur des enfants atteints d'affections létales ou de décès consécutifs à un accident de circulation. Les caractéristiques symptomatiques du deuil des parents étaient décrites comme proches de celles observées lors du deuil d'un conjoint. Cependant la durée du deuil semble différer avec une souffrance toujours très présente plusieurs années après le décès (Lehman et al., 1987).

Depuis 1988, l'utilisation de l'échelle anglaise de deuil périnatal de Toedter et al. facilite l'évaluation de l'intensité des réactions de deuil. En 1994, Rousseau et Fierens ont réalisé une étude rétrospective : 1 à 9 ans après la perte,

25% des mères présentaient un deuil pathologique avec des troubles de relation avec les enfants vivants dans un tiers des cas.

Dans une autre étude menée en 97 par Hunfeld et coll., 38% des femmes à 4 ans présentaient un sentiment de détresse et 25% avaient des angoisses massives à la remémoration de leur enfant décédé. En 2012 (Gouy-Masure), la prévalence de complications est évaluée à 25%, un mois après la MFIU, contre seulement 1,9% à 6,9% dans le cadre d'une naissance classique. Les symptômes les plus fréquents sont des souvenirs envahissants (65%), une moindre projection dans l'avenir (61%) ainsi qu'une perte globale d'intérêt pour les activités (57%). A quatre mois, apparaissent des troubles du sommeil (23%) et un sentiment d'irritabilité (25%). La sévérité des symptômes de reviviscence semble d'autant plus importante que le décès périnatal survient tard dans la grossesse. Enfin, à l'issue d'une grossesse suivante, 21% des femmes remplissent les critères cliniques d'un syndrome de stress post traumatique (ESPT) et au cours de leur vie entière, 29% des femmes qui ont vécu un décès périnatal présentent à un moment ou un autre un ESPT.

LES ENJEUX PSYCHIQUES DU DEUIL PÉRINATAL

Selon le modèle psychanalytique, la grossesse constitue une crise psychique avec reviviscence des conflits œdipiens et archaïques. Le désir d'enfant et la construction du bébé imaginaire prennent racines très en amont au cours de l'histoire infantile, à la fois dans une identification narcissique à la mère archaïque, et également comme réalisation œdipienne.

Lors d'une grossesse, les conflits infantiles émergent à la conscience avec une facilité inhabituelle définie par « la transparence psychique ».

Véritable engagement dans de nouvelles formes identitaires, la grossesse est une expérience unique de rencontre intime avec soi, dans un mouvement graduel d'objectalisation du fœtus au sein de la psyché maternelle. Les différentes phases de la grossesse sont accompagnées de remaniements psychiques importants : de la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire, dans un continuum entre l'ante et le postnatal. La relation d'objet virtuelle développe et construit une interface entre le devenir parents et le naître humain.

Le deuil périnatal est spécifique pour de nombreuses raisons : tout d'abord, il mêle, de façon violente, la naissance et la mort. Ensuite, il modifie l'ordre des générations, laissant parents et grands-parents devant un futur brusquement vide.

Spécifique aussi, car il intervient à un moment de fragilité chez la femme, alors aux prises avec ses conflits anciens et un investissement narcissique prédominant, à un moment où la relation à l'enfant en devenir est en train de se constituer, à travers notamment une intense activité fantasmatique. Il va

alors s'agir pour la mère endeuillée de désinvestir l'objet dont le processus d'investissement était en cours. La mort périnatale se situe ainsi dans un entre-deux, entre blessure narcissique et perte d'objet.

Cette double composante, narcissique et objectale, du travail d'élaboration psychique nous invite ainsi à reconsidérer le processus de deuil : en marge de la validité du modèle freudien exposé dans « Deuil et mélancolie », où l'objet de la perte est externe au corps propre du sujet, le processus de deuil périnatal concerne « l'enfant du dedans » (Missonnier, 2012), situé bien en amont de la filière objectale psychanalytique. C'est bien dans la réalité matérielle du corps de la mère, autant que dans sa réalité psychique, que l'objet mort est engrammé. Une autre particularité du deuil périnatal vient du fait que l'objet perdu n'est pas ou peu connu ; il n'y a pas d'histoire commune si ce n'est celle du temps de la grossesse. Legros (2001) va même jusqu'à écrire que pour ces morts-là, « nous ne pouvons nous exprimer en terme de perte d'objet ».

De fait, les femmes n'ont que peu de souvenirs sur lesquels s'appuyer pour ce travail de deuil, d'où sa spécificité. Ainsi, « privé de repérage sensoriel, cet enfant-là reste non représentable et le travail du deuil ne peut pas commencer » (Bydlowski, 2008).

Le travail de deuil va, certes, consister en un détachement d'avec l'objet perdu mais surtout, il va comporter un véritable travail de transformation de la relation avec lui en une nouvelle identification. Pour Dollander (2014), « il est indubitable que le deuil périnatal n'est pas un deuil comme les autres, du fait du manque de différenciation de l'objet et de la force avec laquelle il était investi ».

1 - Le traumatisme de l'annonce

Le moment de l'annonce est celui où tout bascule, choc terrible, véritable traumatisme. Sentiment d'anéantissement de soi, perte des capacités psychiques habituelles, ce traumatisme psychique, par un mécanisme d'effraction, laisse un trou, une béance dans la continuité psychique. Cette notion de traumatique est définie par Janin comme « une sidération psychique invalidante, génératrice de perte de sens de la réalité » (Janin, 1996). Bydlowski (2011) explique que, contrairement à un accouchement classique qui permet une continuité entre l'« enfant du dedans » investi narcissiquement et celui de la relation d'objet, le traumatisme du décès périnatal va signer une rupture de cette continuité, immobiliser l'enfant narcissique et le séquestrer.

Cette notion de douleur dévitalisante renvoie à la définition de l'effroi donné par Freud dans *Au-delà du principe de plaisir*: « état dans lequel on tombe quand on encourt un danger sans y être préparé mettant l'accent sur le facteur de surprise. »

Freud à partir de 1920, décrit cette aporie économique de l'appareil psychique par l'effraction du pare excitation. Le choc traumatique a un tel effet de désorganisation sur le fonctionnement psychique que le sujet ne peut plus élaborer ce à quoi il est confronté. Roussillon parle d'un collapsus topique, un écrasement topique qui fait que l'espace de travail nécessaire pour métaboliser quelque chose est réduit à sa plus simple expression. L'une des solutions à laquelle les sujets ont recours dans ces circonstances d'effroi, est de se retirer d'eux-mêmes, de l'expérience vécue, via la prostration, l'hébétude : on assiste à un retrait de la subjectivité.

Revendiquée par les femmes, cette douleur particulière maintient le lien au bébé disparu, tout en rendant présent l'absent. Elle s'effectue à l'intérieur du moi-corps, en réaction à la perte de l'objet et agit comme une excitation pulsionnelle constante. A la douleur psychique s'ajoutent des sensations kinesthésiques de manque, de vide qui ne font que rendre plus présent l'absent. Ultérieurement, les modifications corporelles de la grossesse persisteront telle une trace indélébile, une cicatrice physique de ce qui n'a pas abouti.

2 - Devenir objectal du bébé mort

Le fœtus est un objet particulier, à la fois objet et non-objet, investi narcissiquement, en voie d'objectalisation (Bydlowski et Golse, 2001). La perte survient « dans » le corps de la mère alors que celle-ci et le fœtus forment un tout indifférencié. Ainsi, la question de la représentation de l'objet pose problème, il est mal connu, plutôt ressenti, imaginé, fantasmé. Les mères ne savent pas toujours ce qu'elles ont perdu. Pour Soubieux, c'est la perte d'un « objet non objet », « mi-autre mi-moi. »

Hanus pose la question suivante : « quelle est la relation avec un tout-petit avant sa naissance ? [...] Lorsque l'enfant meurt in utero, ses singularités personnelles objectives sont encore restreintes et la confrontation avec l'enfant du désir n'est pas simple ». Ici le concept de relation d'objet virtuel peut permettre de comprendre à quel objet et à quelle relation il s'agit de renoncer, afin d'identifier les voies d'élaboration de ce deuil.

Pour Missonnier (2009), le déroulement de la grossesse conduit peu à peu à une authentique anticipation de l'altérité objectale de l'enfant à venir, dans le passage d'un investissement narcissique extrême à l'émergence progressive d'un investissement (pré)objectal. La notion d'objet virtuel, dans le cadre du deuil périnatal, permet ainsi de donner consistance à un objet non plus seulement imaginaire, mais appelé à être accueilli comme un objet réel.

A partir de sa clinique, Soubieux (2008) a mis en évidence différents destins pour ce fœtus perdu ; elle précise que ces évolutions ne sont pas figées et

peuvent varier dans le temps. Si certaines sont pathologiques, d'autres peuvent correspondre à un moment du travail de deuil.

➤ Le fœtus, objet nostalgique : Blin et Soubieux (1997) ont fait l'hypothèse que le bébé perdu pourrait renaître sous la forme d'un fantasme nostalgique. Sémantiquement, le terme nostalgie évoque le désir de ce que l'on n'a pas encore connu. C'est bien ce qui se retrouve dans le cadre du deuil périnatal où le fœtus n'est pas connu et peut ainsi être l'objet d'un investissement nostalgique. Dans la nostalgie, le mécanisme du déni est particulièrement à l'œuvre et permet à l'endeuillé de supporter la perte en faisant se confondre l'objet perdu et l'idéal du moi. C'est une mise en suspens de la perte qui permet de garder un certain plaisir de fonctionnement, contrairement à la dépression qui immobilise le psychisme par le refus de la perte. Pour Soubieux (2013), « dans le contexte de la mort périnatale, cette période de nostalgie de l'objet d'amour perdu peut être considérée comme une étape sans doute inévitable du travail de deuil ».

➤ Le fœtus, objet mélancoliforme : dans le cadre du deuil classique, le travail s'accomplit autour de la perte d'objet, dans la mélancolie, la perte concerne le moi du sujet : la libido libre se retire dans le moi. Alors qu'il devait assurer le dépassement, l'immortalité du moi par sa naissance, l'enfant mort va laisser à tout jamais un vide, un sentiment d'échec dans le psychisme des parents. Freud, pour décrire la mélancolie note que « l'objet n'est pas réellement mort mais il a été perdu en tant qu'objet d'amour ». C'est ce même ressenti chez les futures mères endeuillées de leur bébé qui ne savent pas exactement ce qu'elles ont perdu si ce n'est leurs rêves, leur avenir. Ne pouvant se penser, la perte ne peut pas se panser, le moi est prisonnier d'une souffrance dont les mots sont vides de sens. Ainsi, perdre un enfant en périnatal, c'est devoir faire le deuil des parties infantiles de soi, des relations parents enfant rêvées. Lorsque la perte est plus narcissique qu'objectale, l'un des risques est une évolution vers la mélancolie avec une perte d'estime de soi, atteinte de l'identité. Pour Bydlowski, « c'est une partie vive de la mère qui s'éteint lorsque se détache l'enfant mort ». Le vif est saisi par le mort, illustrant les propos de Freud « l'ombre de l'objet tombe sur le moi considéré comme objet abandonné ». Ainsi, même s'il n'est pas totalement extériorisé, le fœtus mort comme objet mélancoliforme pourrait donner suite à un deuil à haut risque.

➤ Le fœtus, objet du non-accomplissement : la perte périnatale est caractérisée par le non-accomplissement de la vie, la perte de l'avenir, du futur commun, des réalisations potentielles. Dans ce cadre-là, l'identification aux traits de l'objet perdu est quasiment impossible du fait de l'absence de partage, si ce n'est in utero, la femme butant alors sur l'impossibilité de dépasser l'immédiateté du deuil. Pourtant, la perception d'un minimum d'accomplissement dans cette vie perdue permettra le début d'un travail de deuil. Quoi qu'il

en soit, aller vers l'acceptation de la perte d'objet, vu l'investissement narcissique du fœtus, c'est accepter de perdre un bout de soi.

➤ Le fœtus, objet de sublimation : de nombreuses femmes après un deuil périnatal se sont tournées vers des activités artistiques de création. Freud, dans *La vie sexuelle* définit par sublimation « une certaine espèce de modification du but et de changement de l'objet ». En ce sens, la sublimation est une des voies possible pour la réélaboration de mouvements internes occasionnant de nouvelles répartitions d'investissement. Pour Soubieux « la voie de la sublimation offre une issue à la pulsion libidinale comme à la pulsion de mort, en permettant de retrouver l'objet perdu sous une autre forme, acceptable et même valorisée ».

➤ Le fœtus, objet dépressif : après le choc consécutif à la perte de l'aimé, le processus d'élaboration psychique débute par une phase dépressive. Dans le cadre d'un deuil périnatal, cette phase peut avoir tendance à se prolonger. La mère, plongée dans un état dépressif chronique, surinvesti le fœtus sur un mode fétichiste, le constituant en objet dépressif. Contrairement à l'investissement nostalgique où l'on retrouve un plaisir de fonctionnement avec une relative liberté des mouvements psychiques, dans le cas de la dépression, le psychisme est immobilisé par le refus de la perte.

➤ Le fœtus, objet traumatique : nous avons déjà évoqué plus tôt l'aspect traumatique du deuil périnatal. Pour certaines femmes, ce traumatisme peut envahir toute leur vie psychique. La reviviscence de l'événement est alors le seul lien possible à l'enfant mort. Le temps ne passe plus, ne s'écoule plus, ne peut plus être vécu.

Le rôle de l'équipe médicale/para médicale est essentiel pour éviter à ces souvenirs impensables d'être gelés, suspendus dans un hors temps qui ne passe pas. Il peut arriver que le caractère traumatique de la mort du bébé empêche tout travail de deuil, un reste non psychisable peut alors emprunter la voie de la somatisation.

➤ Le fœtus, objet d'incorporation : le fantasme d'incorporation éviterait le douloureux travail de remaniement psychique pourtant indispensable à l'acceptation de la perte. Pour Abraham et Torok, le fantasme d'incorporation va intervenir pour ne pas avoir à « avaler » la perte, cela permettra de refuser le deuil et ses conséquences en refusant cette partie de soi qui reconnaît la perte. Le fantasme d'incorporation va signer une lacune dans le psychisme, à l'endroit où une introjection aurait due avoir lieu. Mais l'introjection passe par le langage. Face à l'innommable, à l'indicible d'une mort périnatale, le seul recours peut être l'incorporation. Là encore, plus l'investissement du fœtus sera fait sur un mode narcissique, plus ce dernier risquera d'être objet d'incorporation. La singularité du deuil périnatal provient de la fracture opérée dans le processus de parentalisation, de la question du statut du fœtus, du télescopage de la vie et celui de la mort. Cette singularité vient interroger le schéma

freudien et souligne la complexité à définir le deuil périnatal. Chaque deuil est unique et dépendra de l'histoire de la mère, de la qualité de ses objets internes, de sa structure psychique et du degré d'objectalisation de l'investissement du fœtus. Les différentes évolutions du fœtus intriquées entre elles, et non figées, répondront à un temps particulier du travail de deuil.

ILLUSTRATION CLINIQUE : MME L

L'histoire de Mme L., à partir de ce qu'elle peut en verbaliser, alimente notre réflexion sur les remaniements psychiques lors d'un deuil périnatal, entre deuil et « non-deuil », comme a pu le défendre Legros. L'entretien mené auprès d'elle a été laborieux : après une présentation brève mais claire, rapidement le discours est difficile à suivre : Madame L., très logorrhéique, emploie dans une même phrase le même pronom pour des personnes différentes, la chronologie de son discours est illogique, de même que la construction de certaines phrases et elle saute souvent du coq à l'âne.

Mme L., 28 ans, est la 3^e d'une fratrie de 4 filles. Elle est la maman de Maëlle âgée de 6 ans née d'une union précédente, et la *mamange* (Ce terme sera explicité plus loin) de Lisa, décédée à 38 SA à l'automne 2014. Peu après, elle s'est séparée du papa de Lisa.

Elle vit chez ses parents, agriculteurs, avec sa fille aînée. Elle a un « nouveau compagnon » depuis peu. A la maternité, elle a bénéficié d'un suivi psychologique à propos duquel elle est très ambivalente. Elle n'est pas suivie actuellement.

Mme L. parle très peu de sa grossesse si ce n'est de la découverte de celle-ci par l'absence de ses règles, événement qui a semblé la valoriser narcissiquement : « elle a été conçue le jour de Noël, je l'ai appris le 25 janvier » ; ses propos évoquant une forme d'idéalisation « honnêtement c'est la plus belle grossesse que j'ai pu vivre. »

Mme D a perdu sa fille de MFIU. Ayant perdu les eaux, elle s'est rendue à la maternité où un médecin lui a annoncé l'arrêt du cœur de sa fille. L'autopsie montrera que le décès remontait entre 48h à une semaine avant l'accouchement.

Elle verbalise spontanément la douleur qu'a représenté le décès de sa fille qu'elle cite par son prénom « le jour où c'est qu'j'ai appris, j'ai hurlé, je voulais tout casser » allant jusqu'à dire, « je souhaitais la mort de tous les enfants, même ma propre fille, je voulais plus la voir ». Elle décrit le manque qu'elle éprouve depuis, nomme et décrit explicitement cette perte. On note un rabâchage « mais c'est dur à vivre, c'est horrible, je le souhaite à personne », « C'est horrible hein, c'est horrible... Je le souhaite à personne, vraiment, c'est... C'est... C'est... C'est horrible... » alors que son discours semble

dépourvu d'affects : elle ne pleure pas, rit souvent au cours de l'entretien ce qui peut être compris comme une défense face à l'angoisse.

Elle parle peu de sa grossesse, si ce n'est pour évoquer le fait « qu'elle savait qu'il fallait s'attendre au pire le 5 septembre ». Elle n'évoque sa rêverie maternelle qu'au travers de cette angoisse de mort. Ainsi, l'enfant imaginé apparaît dans son discours comme une menace potentielle et irrémédiable puisque « que ça allait être soit elle qui allait y passer, soit moi, soit les 2 ». Ses propos peuvent témoigner d'un investissement ambivalent de l'enfant imaginé. Cette prémonition viendrait éclairer la notion winnicottienne d'hostilité-ambivalence à l'égard du bébé. Elle peut peut-être aussi être comprise comme une ré-écriture a posteriori de la grossesse pour lutter contre la violence de l'ambivalence massive envers le fœtus ou pour garder une certaine maîtrise de la situation. Cette situation constituerait un exemple du collapsus topique de Janin (2016) où « la rencontre entre la réalité psychique et la réalité matérielle, entre fantasme et événement abolit la distinction entre l'interne et l'externe. Situation traumatique par excellence ».

C'est Mme L. qui a annoncé le décès de sa fille au père car elle n'avait pas souhaité qu'il assiste à la consultation : « elle savait déjà » dit-elle. Elle dira alors à son conjoint « c'est fini, y'a plus de... Y'a plus de battements cardiaques, y'a plus rien », montrant un désinvestissement massif de ce bébé qui n'est, à ce moment-là, plus nommé mais défini par un caractère organique, peut-être comme défense face à une angoisse massive.

Elle garde « un trou noir » des suites de couches immédiates mais parle spontanément de l'enterrement en verbalisant « qu'elle est bien là » mais oublie le mot « curé » (« les personnes qui s'occupent de l'église »), comme si la représentation même en était isolée.

Elle exprime ensuite une « descente aux enfers » de plusieurs mois avec notamment, l'impossibilité de s'occuper de son aînée et des hallucinations auditives l'ayant conduite à faire un biberon et faire « comme si » elle changeait la couche à son bébé en pleine nuit. Ces hallucinations massives, proches du décès, peuvent être considérées comme typiques mais, tardivement, sont plus pathologiques « comme des fois, euh... Oui ça arrive encore, le soir, je m'allonge, c'est pareil, entre le 5 et le 15 de chaque mois, je m'allonge sur le dos, et je mets ma main sur le ventre, j'ai l'impression que ça bouge dans le ventre ».

Mme L. a développé par la suite de nombreuses pathologies somatiques qui, selon Mazoyer et Roques (2013), peuvent « être mobilisée comme défense contre un effondrement psychique ». Elle décrit une atteinte de son propre corps : « j'ai failli mourir » qu'elle annule immédiatement avec un « elle est belle la vie ! », évitant ainsi l'angoisse liée à cet affect.

Elle dit aussi « je me dis que mon ventre, c'est un endroit, c'est un mouvoir, c'est un endroit mort », montrant ainsi ses affects de culpabilité et une identi-

fication à son enfant mort. La perte d'objet semble vécue comme une amputation du moi, via une dévalorisation/disqualification du féminin-maternel. Ces épisodes de douleurs physiques sont éprouvés mensuellement, encore aujourd'hui, entre la date du jour du décès et celui de l'enterrement.

Elle parle peu de ses parents si ce n'est pour dire qu'elle a perdu leur confiance à cause de ce décès et qu'ils ne semblent pas comprendre ce qu'elle traverse. Elle se met à pleurer en évoquant son père qui est « un homme important » dans sa vie et qui « a tout fait pour elle ». Les relations semblent plus distendues avec sa mère « je me suis engueulée avec ma MERE, je lui ai dit « maman tu me fais littéralement chi-er. » Mme L exprime qu'elle a gardé une photo de sa fille décédée qu'elle n'a pas encore regardée. Ne pas regarder cette photo lui permet peut-être de se protéger d'une image de la mort qui viendrait abîmer la représentation, idéalisée, qu'elle s'est faite de sa fille.

Par ailleurs, elle utilise fréquemment le terme « petite » pour sa fille décédée comme pour son aînée, la confondant ainsi avec son enfant perdu, signant potentiellement un déni partiel de l'altérité de cette dernière. De même, au moment où elle aborde l'annonce du décès à son conjoint, Mme L fait un scotome de sa fille aînée en en parlant comme si celle-ci n'existait pas : « il (l') a bien pris parce que lui, il savait qu'il avait déjà un enfant avant ». Véritable atteinte narcissique, cette mort vient sans doute interroger sa capacité à être mère au point qu'elle en arrive même à « souhaiter la mort de tous les enfants, même ma propre fille » ; et ce d'autant plus qu'elle rapporte à plusieurs reprises des propos de son entourage qui fragilisent encore son assise narcissique.

Aujourd'hui, plus de deux ans après la MFIU, elle peut soutenir une projection dans l'avenir, en exprimant son souhait de se faire opérer pour perdre le poids qu'elle a accumulé depuis son enfance et se mettre en colocation avec une amie, ce qui paraît en faveur d'une évolution positive du travail de deuil.

Mme L. montre cependant une vulnérabilité certaine et une grande sensibilité au regard des autres. Elle décrit une hyperactivité avec une multiplication des rencontres pour échanger autour de son histoire, surinvestissant ainsi l'objet de la perte : « j'ai discuté avec un monsieur de B tout à l'heure, je discute avec tout le monde et j'ai réussi, autre que vous, un monsieur qui habite à A., j'ai discuté avec lui ce matin, je lui parlé de la petite, il m'a dit, je suis content que tu me fasses confiance comme ça sans me connaître ». En prenant l'éclairage de Janin, les nombreux écrits ou rencontres que Madame L. effectue pour parler de sa fille peuvent être mis sur le compte d'une répétition commémorative.

Ces moments semblent alterner avec des moments de détresse psychique où dominent attaques de paniques, troubles anxieux « maintenant depuis 2014, je fais des crises d'angoisse quand il y a des orages, quand il pleut, j'arrive pas à conduire, quand il grêle non plus, quand il fait beau ça va... Je fais des crises d'angoisses » et comportements suicidaires : « quand je suis pas bien, j'ai

besoin de prendre ma voiture, vous allez dire que c'est pas ben, je roule, je fais mes 2-300 mètres en vitesse.»

Au cours de cet entretien, très dense, Mme L., bien que logorrhéique, semble difficile à mobiliser autour de ses émotions. Ses propos ne laissent que peu percevoir la teneur narcissique ou objectale de l'investissement de cette grossesse mais dans le peu qu'elle en dit, c'est elle qui est au centre. Le ressenti contre-transférentiel fait pencher vers un investissement de ce bébé perdu oscillant entre narcissique et objectal. La nature de l'objet de la perte apparaît également dans le discours de Mme L. comme étant ambivalente : à la fois perte d'un autre, l'enfant, mais aussi perte de soi.

L'ambivalence d'une mère envers son bébé pendant la grossesse, décrite notamment par Sirol (2003) trouve ici substance dans la prémonition qu'elle fait sur une fin tragique de sa grossesse. On peut penser que cette prémonition participe massivement à un sentiment de culpabilité qui s'exprimerait par les nombreuses somatisations de Mme L.

Pour citer à nouveau Sirol « Par sa présence, le fœtus contraint sa future mère à un travail de réaménagement pulsionnel dans lequel le surinvestissement narcissique et le processus de l'idéalisation ont tendance à museler l'expression de l'agressivité et donc à éliminer le conflit dû à l'ambivalence », et ce, exacerbé à l'annonce du décès. Nous pouvons donc penser pour Mme L. à un investissement ambivalent de l'enfant imaginé. En effet, le futur bébé, investi comme un potentiel objet de plénitude « c'est la plus belle... Honnêtement c'est la plus belle grossesse que j'ai pu vivre » devient, par le jeu de pulsions inconscientes hostiles et destructrices, objet destructeur « c'était soit moi, soit elle, soit les deux ».

Madame L. use de nombreux mécanismes de défense mettant ainsi à distance l'angoisse émergente au fil de l'entretien.

Elle utilise à plusieurs reprises l'intellectualisation « c'est logique en fait », « On prend des nouveaux départs » et l'inhibition « non, non... Oui ! ». Ces mécanismes semblent cependant peu opérants, et Madame L. utilise alors l'identification projective « j'ai fais des photocopies, comme ça si vous voulez je les amène, pareil, les échographies, je les ai en triple, s'il vous les faut, vous le dites. »

Son fonctionnement psychique reste centré sur le factuel. Plus que du décès de sa fille, elle parle surtout de ses relations avec son entourage plus ou moins proche, leurs jugements respectifs semblant la mettre en situation de vulnérabilité, réactivant peut-être des conflits antérieurs. Elle semble avoir des difficultés à maintenir un équilibre relationnel qui lui permette d'être ni « trop près ni trop loin ». Certaines de ses relations semblent très fusionnelles et d'autres sont tenues très à distance (angoisse d'intrusion vs angoisse de séparation ?). Elle montre aussi une grande ambivalence de ses sentiments vis à vis du père de sa fille ou de sa mère, voire une hostilité que l'on peut peut-être mettre sur

le compte d'une agressivité contre le défunt refoulé avec un retournement de ce sentiment hostile sur son entourage.

La crise psychique liée à la perte de sa fille, n'apparaît pas, dans le discours de Mme L., comme étant inscrite dans un temps passé, révolu. Le traumatisme de la perte ne semble pas avoir été dépassé même si elle répète de façon systématique : « maintenant ça va mieux », puisqu'elle verbalise elle-même : « je dis, Lisa aura 3 ans ». Au fil de l'entretien, elle semble en prendre conscience. « J'avais pas réalisé que non... J'ai pas réussi... Non j'ai toujours pas réussi à faire le deuil... »

Mme L. évoque la symptomatologie typique d'un deuil traumatique : conduites d'évitement, reviviscences nocturnes de l'événement traumatique, hallucinations, somatisations massives avec détresse psychique intense associée, véritables reviviscences mortifères (Janin) qui entraînent une altération du fonctionnement professionnel et social. Elle exprime à la fois un processus de deuil typique en réaction à la perte périnatale mais aussi des symptômes dépressifs associés à une dimension mélancolique. Ses défenses hystériques, ses troubles anxieux, ses attaques de paniques ainsi que l'alternance d'accès maniaque et mélancolique peuvent mettre sur la voie d'un deuil pathologique. Il est important de souligner le tableau dépressif en réaction à la perte. La diminution de l'estime de soi, le pessimisme et le sentiment d'inutilité sont prédominants. Cela apparaît dans l'expression de l'échec personnel, de l'incapacité à régler sa dette de vie, à mener à terme une nouvelle grossesse. Mme L. montre des difficultés à dépasser cette période de crise.

Cependant, elle commence à avoir quelques projets qui peuvent être de bon augure pour un avenir plus apaisé.

Pour résumer les remaniements psychiques de Madame L. à la suite de ce deuil périnatal, nous pouvons pointer qu'une relation d'objet virtuelle s'est installée dès le début de la grossesse entre le (re)devenant parent et le « devenant enfant », qui a été investi dans un processus d'objectalisation et d'actualisation relativement élaboré.

En réaction à la perte périnatale, le processus de deuil a été accompagné d'une dimension dépressive, relativement typique, mais aussi à tonalité mélancolique qui met en évidence la complexité du deuil périnatal et interroge la nature de l'objet de la perte. Nous pouvons noter une blessure narcissique ainsi que des sentiments de culpabilité et de vide intérieur, de même qu'un sentiment d'échec à donner la vie et à revivre une maternité. La dimension mélancolique prégnante est marquée par un abattement total, un sentiment de mort intérieure.

Pour cette femme présentant une fragilité narcissique visiblement antérieure au deuil, l'élaboration de la perte semble compliquée ; la voie somatique, à travers la problématique de la douleur, peut constituer une voie vers une objectalisation secondaire du fœtus perdu. Le fœtus semble incarner ici « l'objet

traumatique » de Soubieux. La reviviscence de l'événement, par la somatisation, est alors le seul lien possible à l'enfant mort.

Dans un mouvement nostalgique, la fille décédée vient clamer son existence au moment des dates anniversaires à travers des épisodes somatiques notamment. Pour Soubieux (2013), « cette période de nostalgie de l'objet d'amour perdu peut être considérée comme une étape sans doute inévitable du travail de deuil. »

Un investissement encore relativement narcissique de l'objet de la perte est aussi retrouvé, bien que cette perte périnatale soit tardive dans la grossesse. Cette perte périnatale est de fait vécue comme une profonde atteinte du Moi : la nature narcissique de l'objet de la perte et la blessure narcissique inhérente, apparaissent sous la forme d'un deuil mélancoliforme. Mme L. a mis en place un rituel autour de la tombe de son bébé mais cela ne change en rien la perte dans ce qu'elle a de narcissique : dans le cadre d'un deuil périnatal, la blessure narcissique est majeure : sentiment de vide, confrontation à la réalité de l'absence, tristesse, douleur, colère, culpabilité, honte, revendication à la maternité... La blessure narcissique est intolérable puisque l'enfant emporte avec lui une part de leur propre narcissisme (de Wailly, 2009).

On retrouve chez Mme L. la concomitance d'une nature objectale et narcissique de la perte périnatale. Ainsi, à la fois perte d'un mi-moi et d'un mi-autre, la nature de la perte est déterminée en fonction de l'équilibre narcissique-objectal de l'investissement du « devenant enfant » avant sa perte. Dans ce gradient d'investissement, l'élaboration d'un processus d'objectalisation et d'une anticipation de l'altérité de « l'enfant virtuel » avant sa perte favorise la nature objectale de la perte. Mais la part narcissique de l'investissement du fœtus associée à l'ambivalence d'un fœtus aimé/détesté et aux fragilités narcissiques préexistantes au deuil compliquent le travail d'élaboration et peuvent mettre sur le chemin d'un deuil pathologique.

Ainsi, le deuil périnatal représente aussi « un traumatisme narcissique de perte et de blessure au niveau du moi ; une identification narcissique mélancolique avec l'objet détruit, une idéalisation commémorative, protégeant le moi de la culpabilité éprouvée » (Rosenbaum, 2005).

CONCLUSION

Dans le contexte de vulnérabilité psychique lié à la grossesse, la mort périnatale contraint les couples, au-delà de la douleur indicible, à entreprendre un voyage psychique effrayant. Tout à fait spécifique, en marge du deuil tel que Freud a pu l'évoquer, le deuil périnatal va demander la mise en œuvre d'un véritable travail d'élaboration psychique, à partir d'une phase grave désorganisation.

La spécificité d'un tel deuil tient à la particularité de l'objet perdu : pas encore objet réel mais pourtant tellement investi dans le psychisme maternel, le fœtus n'est pas un objet externe et différencié de soi, mais bien d'un objet interne.

L'avancée de la symbolisation de la perte dépendra du degré de développement de la ROV, correspondant à l'anticipation au cours de la grossesse de l'altérité de l'enfant virtuel. Cependant, la question de l'objectalité de la perte n'est pas la seule dimension à prendre en compte, du fait, notamment, du statut narcissique de la grossesse. L'élaboration de cette perte se fera en fonction de la qualité de ses objets internes du sujet, du statut de son fœtus ainsi que de sa structure psychique avec une place centrale pour la notion de la représentation qu'ont les futurs parents de leur fœtus dans l'élaboration de la perte périnatale. L'ensemble de ces facteurs peut déterminer une évolution favorable ou non à un deuil périnatal.

Nous pouvons mettre en exergue la particularité de cette prise en charge périnatale. Malgré sa prévalence, c'est un événement dont on parle peu sur la scène sociale, il n'y a d'ailleurs pas de nom commun pour ces parents endeuillés d'un enfant, là où il existe « veuf » ou « orphelin » pour d'autres situations. Pour combler ce vide, les parents internautes concernés, à la recherche d'une écoute avvertie, ont créé les termes de « mamange », « papange » et « parange », prouvant, s'il en était besoin, leurs demandes d'écoute et de reconnaissance de ce qu'ils traversent. Alors que l'on peut « mourir de dire » (Rosenblum), le travail d'accompagnement de parents vivant un deuil périnatal se doit de se faire en 2 temps, nous demandant de « proposer de nouveaux registres d'intervention ». Dans l'immédiateté du deuil, un des enjeux important de la prise en charge des patients sera de nommer leurs affects en les transformant en sentiments communicables et partageables, dans une ébauche de mise en sens de cet événement traumatique. En effet, cet impartageable redouble et potentialise, en raison du silence mortifier qui l'accompagne, la force pathogène du traumatisme (Roussillon, 2016). Cette mise en mot peut leur permettre de les repositionner dans un monde de langage et d'améliorer leurs défenses post-traumatiques. Dans ce premier temps du deuil, viendra peut-être une demande d'être accompagné pour verbaliser le drame à (aux) enfant(s) aîné(s). Il appartiendra donc au psychologue d'accompagner le couple dans son questionnement pour inscrire cette histoire dans sa propre histoire familiale et personnelle. Ce soutien contenant et étayant pourra permettre l'élaboration nécessaire pour que le couple trouve une réponse qui lui appartienne.

Dans un second temps seulement, notre tâche sera de restituer, autant que faire se peut, le maximum de liberté dans le fonctionnement psychique : dans le travail thérapeutique, la question essentielle va se centrer sur la façon dont le sujet va pouvoir revenir sur la scène, ré-habiter son expérience et développer

des mécanismes de défenses un peu plus efficaces pour la vie psychique. Sa capacité de résilience va permettre « au sujet de se reconstruire malgré l'adversité » (Mazoyer, 2014). Parfois, cette situation traumatique ne peut s'aborder de façon individuelle : l'existence de groupe d'entraide constitués de « nouveaux » et « d'anciens » parents, entourés de professionnels, permet alors de partager les expériences et de mettre en mots l'impensable. Ces groupes peuvent être à l'interface entre le soutien que peuvent offrir les professionnels et une réinsertion adéquate dans la société. Il convient par ailleurs de se montrer prudent face aux protocoles appliqués trop systématiquement qui tendent parfois à devenir des protocoles à risque, et de sensibiliser les équipes de soins. L'évaluation et la recherche de facteurs de risque psychotraumatiques potentiels permettra la mise à l'écart des subjectivités interpersonnelles autour de la naissance et de son vécu, comme il en existe dans l'évaluation de la douleur.

Nathalie HUCHE TEXIER-LORY

*Nathalie Huche Texier-Lory
Psychologue clinicienne
Equipe de psychiatrie périnatale, Pôle de psychiatrie infanto-juvénile
Centre hospitalier du Gers
10, rue Michelet, 32000 Auch
n.huche@ch-gers.fr*

Sylvie BOURDET-LOUBÈRE

*Maître de conférence-HDR en Psychologie Clinique et Psychopathologie
UFR de Psychologie- département Clinique du sujet
Université de Toulouse Jean Jaurès
5, allée Antonio Machado-31058 Toulouse Cedex 9
Laboratoire LCPI
bourdet@univ-tlse2.fr*

BIBLIOGRAPHIE

- N. Abraham, & M. Torok, *L'écorce et le noyau*, (1978), Flammarion (2011).
D. Blin, & M-J. Soubieux, « La mort prénatale : à deuil infaisable, une issue la nostalgie », in *Le Carnet Psy*, 1997, 31, pp. 19-22.
T. Bokanowski, « Traumatisme, traumatique, trauma », in *Revue française de Psychanalyse*, 2002, 66, pp. 745-757.
M. Bydlowski, & B. Golse, « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation », in *Le Carnet PSY*, 2001, 63, pp. 30-33.

- M. Bydlowski, *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*, PUF, 2008.
- M. Dollander, « Deuil périnatal paternel et relation d'objet virtuelle » in *Dialogue*, 2014, 205, pp.103-114
- C. Favaro, A.-V. Mazoyer, M. Roques, B. de Berail, « Actualisation du trauma du décès maternel dans la grossesse chez une femme et impacts sur la construction psychique de la parentalité », in *Connexion*, 2015, 103, pp. 131-142
- M. Flis-Trèves, *Le deuil de maternité*, Calmann Lévy, 2004.
- S. Freud, *Deuil et Mélancolie*, (1917), Payot, (2011).
- M. Hanus, *Les deuils dans la vie*, Maloine, 2007.
- B. Golse, S. Missonnier, & M. Soulé, *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, PUF, 2004.
- J.-P. Legros, « L'arrêt de vie in utero ou l'errance des foetus ; un possible deuil », in *Études sur la mort*, 2001, 119, pp. 63-75.
- S. Missonnier, « Le fantôme de l'Atlantide intime. Réduction embryonnaire et deuil périnatal », in *Cliniques méditerranéennes*, 2012, 86, pp. 59-69.
- P.-C. Racamier, *Le deuil originare*, Payot, 2016.
- F. Sirol, « ...Et la haine alors ? », in *Spirale*, 2003, 28, pp.155-164.
- M. J. Soubieux, *Le berceau vide. Deuil périnatal et travail du psychanalyste*, Érès, 2013.
- C. Squires, « L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante », in *Cliniques méditerranéennes*, 2003, 69, pp. 269-288.
- D. Wailly, *La grossesse suivant une interruption médicale de grossesse : quelles traces du deuil prénatal dans le lien à l'enfant suivant ? De la préoccupation maternelle mélancolique à la préoccupation maternelle primaire*, Thèse de doctorat de Psychologie, 2015.
- D. Winnicott, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, (1972), Gallimard, 2000.

Nathalie HUCHE & Sylvie BOURDET-LOUBÈRE – *Le deuil périnatal : un deuil « infaisable » ? Étude des remaniements psychiques dans le contexte d'une MFIU en fin de grossesse – Study of psychological processes in a miscarriage at the end of pregnancy.*

Résumé : Expérience unique de rencontre intime avec soi, la grossesse engage la future mère vers des remaniements psychiques importants : de la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire, dans un continuum entre l'ante et le postnatal, la relation d'objet virtuelle développant l'interface entre le devenir parents et le naître humain. La mort périnatale représente un insupportable télescopage entre vie et mort, survenant dans ce contexte de fragilité psychique et bousculant l'ordre des générations. Les couples sont ainsi contraints, au-delà de la douleur indicible, d'entreprendre un voyage psychique effrayant. D'ailleurs, qu'ont-ils perdu ? Comment peut s'engager le travail de deuil d'un objet pas encore véritablement objectalisé dans ce temps des remaniements psychiques liés à la grossesse ? Et au delà, quels sont les enjeux psychiques du deuil périnatal ? Le moment de l'annonce

est un véritable traumatisme. Ce trauma entraîne un sentiment d'anéantissement de soi et l'effondrement des ressources de mentalisation et de symbolisation habituelles avec un tel effet de désorganisation sur le fonctionnement psychique que le sujet ne peut plus élaborer ce à quoi il est confronté. Les spécificités du deuil périnatal sont multiples et sous-tendent les remaniements psychiques liés à la perte. La représentation même de l'objet de la perte, du fait de l'absence de traces, de souvenirs, est particulière, demandant d'interroger la métapsychologie freudienne en réfléchissant sur le devenir objectal du bébé mort. La nature de l'investissement fœtal, entre narcissique et objectal, influence-t-elle l'élaboration du deuil ?

Plusieurs destins psychiques du fœtus ont été décrits, qui influencent l'évolution du deuil, eux-mêmes en lien avec l'histoire infantile de la femme. L'ensemble de ces facteurs semble déterminer une évolution favorable ou non à un deuil périnatal. C'est ce que nous proposons de questionner à partir de la rencontre avec Mme L.

Mots-clés : Deuil périnatal – Mort fœtale in utero – Relation d'objet – Remaniement psychique – Traumatisme.

Nathalie HUCHE & Sylvie BOURDET-LOUBÈRE – *The perinatal grief: an impossible bereavement?*

Abstract : Unique experience of intimate encounter with oneself, pregnancy engages the expectant mother to important psychological changes : from psychic transparency to the Primary Maternal Preoccupation according to a continuum between antenatal and postnatal, the virtual object relation develops interface between « devenir parents » and « naître humain ».

The perinatal grief is an unbearable telescoping, which arise under this psychological weakness to undertake a scary psychical trip. Moreover, what have they lost ? How shall engage object's grieving process when the object of the loss is not really alive in the world, in this context of pregnancy psychological changes ? And hereafter, what are the psychological issues of the perinatal grief ? The timing of announcement is a real trauma. This trauma drive a self-annihilation's feeling and collapse of mentalization's means and usual symbolisation with such a disorganized psychic functioning as the subject cannot mentalized no more what he will be facing. The perinatal grief's specificities are many and underlie the psychological changes relating to the loss. Even the representation of the object of loss, as a result of the absence of any traces or memories is specific, request the Freudian metapsychology, reflecting on the death baby's objectal become. Does the nature of the fetal investment, between narcissistic and objectal, influence the grieving process ? Several psychical fetal fates were described, affecting the grieving process, themselves in relation with woman's infantile history. All these factors seem identify a favorable/defavorable evolution to a perinatal grief. We are asking these questions about Mrs L's meeting and interview.

Key-words : Perinatal grief – In utero death – Object relations – Psychological changes.